Aus der Privatklinik von Prof. Dr. Heimann, Breslau.

Zur Lehre der Neubildung der Scheide nach Schubert.

AUSZUG

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der hohen medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

WILHELM VOIGT

Arzt in Ober-Peilau II.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Heimann

Druck: Wirtschaftsamt der Universität Breslau.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Die ersten Versuche, künstlich eine Scheide zu bilden, sind schon vor mehr als hundert Jahren unternommen worden. Seit dieser Zeit sind eine große Anzahl verschiedener Methoden ersonnen worden, eine brauchbare Vagina zu bilden, doch erst in neuerer Zeit ist es gelungen, mit Aussicht auf dauernden Erfolg einen Ersatz für eine fehlende Scheide zu schaffen. Zur leichteren Uebersicht kann man die mannigfaltigen Operationsverfahren in vier Hauptgruppen einteilen. Die erste Gruppe umfaßt die ältesten, primitivsten Methoden, die nur durch stumpfes Vordringen zwischen Blase und Mastdarm einen Hohlraum schufen und diesen durch dauernde Dilatation vor Schrumpfung zu bewahren suchten. Alle folgenden Methoden haben nun immer wieder das eine Ziel, diese Schrumpfung zu verhindern. So versucht die zweite Gruppe durch Auto- oder Heterotransplantation von Haut- oder Schleimhautlappen in die Wundhöhle eine nachträgliche Verengung zu verhüten, doch ist auch hier stets, wenn nicht Dilatatoren dauernd getragen wurden, Schrumpfung eingetreten. Die dritte Gruppe zeigt uns den Versuch, durch Auskleidung der Vagina mit Peritonealappen aus dem Douglasperitoneum die schwierige Frage zu lösen. Diese Methode, von Stöckel und v. Ott erfunden, ist jedoch nur in vier Fällen ausgeführt worden und hat jedes Mal zu vollem Mißerfolg geführt. Die vierte Gruppe endlich benutzt Teile des Darmes zur Neubildung der Vagina und umfaßt hauptsächlich zwei Methoden, die heute allein noch für eine Vaginoplastik in Frage kommen. Bei der ersteren, die unabhängig voneinander von Baldwin, Mori und Haeberlin angegeben worden ist, wird eine möglichst bewegliche Ileumschlinge ausgeschaltet und in den Hohlraum zwischen Blase und Mastdarm herabgezogen. Hier wird nun die Schlinge entweder nach dem Vorschlag Baldwins an der Mitte eröffnet und an die Haut genäht, oder, nach Mori und Haeberlin, mit dem einen Ende zirkulär an das Vestibulum fixiert. Die andere der beiden Methoden stammt von Schubert (Beuthen) und besteht darin, daß ein etwa 12 cm langes Stück des Mastdarmes ausgeschaltet und nach vorn verlagert wird und dann das untere Ende dieses Rektumstückes an das Vestibulum genäht wird. Nach diesem Verfahren ist in der Privatklinik von Herrn Professor Heimann-Breslau folgender Fall, den Angaben Schuberts folgend, operiert worden:

Es handelt sich um eine 32 jährige Patientin, bei der bisher keine Menstruation aufgetreten war.

Die Untersuchung ergibt völliges Fehlen der Scheide. Die äußeren Genitalien sind gut gebildet. Die Urethra ist sehr weit. Bei der rectalen Untersuchung fühlt man deutlich zwei Falten, die in der Mitte eine Verdickung zeigen,

welche als Uterus angesprochen wird. Die Ovarien sind deutlich zu tasten. Es handelt sich also um einen Fall von Aplasie der Vagina mit Uterus rudimentarius, aber vorhandenen Ovarien.

Nach gründlicher Vorbereitung des Darmes durch Einläufe etc wird am 10. August 1923 die Operation nach Schubert ausgeführt.

In Rückenlage wird in der Gegend der neuen Vagina ein etwa 3 cm langer Längsschnitt gemacht und von hier aus durch stumpfes Bohren mit dem Finger ein ca. 8 cm tiefer Hohlraum geschaffen. Hierauf wird die Schleimhaut des Anus umschnitten und etwa 3-4 cm tief vorsichtig abpräpariert, was sehr gut gelingt. Die Schleimhaut wird dann mit Seidenzügeln befestigt und ein armierter Tupfer in das Rektum eingeführt. Nun wird die Patientin in rechte Seitenlage gebracht und ein Schnitt, beginnend 5 cm vom Anus entfernt, auf dem Steiß-und Kreuzbein 10 cm lang bis auf die Faszie gemacht. Diese wird gespalten, dann das Gelenk zwischen Steiß- und Kreuzbein durchschnitten und das Steißbein herausluxiert. Da der so geschaffene Raum noch zu klein ist, wird auch noch ein Stück vom Kreuzbein reseziert. Jetzt erfolgt zunächst sorgfältige Stillung der Blutung, die im übrigen sehr gering ist. Nun wird das Rektum stumpf umgriffen, was als der schwierigsteAkt der Operation erscheint. Es gelingt ohne jede Verletzung. Hierauf wird ein Tupferzügel um den Mastdarm herumgeführt und das Rektum nach unten gezogen, indem Gefäß für Gefäß doppelt unterbunden wird. Das Peritoneum wird nicht eröffnet. Schließlich hat man genügend Rektum frei, um den neuen Mastdarm bilden zu können. In etwa 12 cm Höhe vom Anus aus wird eine Darmklemme angelegt und der Darm durchschnitten Der Teil, welcher zur Scheide bestimmt ist, wird sofort mit doppelter Knopfnaht verschlossen und in der Tiefe fixiert. Der andere Teil wird mit Fadenzügeln armiert, und diese Zügel werden durch den Sphincter neben dem ausgelösten Mastdarm hindurchgezogen. Die Kreuzbeinwunde wird tamponiert und mit Seidenfäden, soweit es geht, verschlossen. Jetzt wird die Patientin wieder in Steinschnittlage gebracht. Die neue Scheide wird durch das frisch gebohrte Loch hindurchgezogen und rings mit feinen Seidennähten an die Haut genäht. Das obere Ende des durchschnittenen Mastdarmes wird nun an den Fadenzügeln durch den Sphincter, der ganz intakt ist, hindurchgezogen und mit Bronzedrähten an die Haut angenäht. Die Scheide wird locker tamponiert. Dauerkatheter. In den Mastdarm kommt ein dickes Gummirohr. Dauer der Operation 2 ½ Stunden.

In den nächsten Tagen ist das Befinden der Patientin sehr gut, sie hat we-

nig Schmerzen, sodaß Morphium kaum nötig ist. Die Temperatur steigt nur einmal bis 38 Grad, hält sich sonst dauernd unter 37 Grad. Nach 48 Stunden wird der Scheidentampon entfernt, nach 5 Tagen der Kreuzbeintampon. Nach 9 Tagen auf Rizinus der erste Stuhlgang, mit dem das Rohr mit abgeht. Vom 12. Tage ab läßt die Patientin spontan Urin. Stuhlgang ist normal. Die neue Vagina ist etwa 12 cm lang und für Sonde 15 gut durchgängig.

Bei einer Nachuntersuchung nach einem halben Jahr wird alles unverändert gefunden. Das Befinden ist glänzend.

Nach einem Jahre teilt die Patientin mit, daß sie sich verlobt habe und im Frühjahr zu heiraten gedenkt.

Im ganzen sind nun bis jetzt nach der Dünndarmmethode 73 Fälle operiert worden. Davon haben 15 Fälle einen letalen Ausgang gehabt, das bedeutet eine Mortalität von 20,55 Prozent. Das Schubertsche Verfahren ist in 61 Fällen angewendet worden; davon sind 4 Fälle zu Grunde gegangen, also eine Mortalität von 6,5 Prozent. Dieser große Unterschied ziegt deutlich die Überlegenheit der Rektummethode in Bezug auf die Lebenssicherheit der Operation. Sie hat den großen Vorteil, daß extraperitoneal operiert wird. Nachdem es nun in letzter Zeit in 2 Fällen gelungen ist, einen funktionsfähigen Uterus mit der Mastdarmscheide zu verbinden und regelmäßige Menstruation zu erreichen, in einem der beiden Fälle sogar Konception und Gravidität (Wagner-Prag), die durch einen glatten Partus ohne Verletzung der Vagina beendet wurde, ist die Zahl der Anhänger der Dünndarmmethode weiter zurückgegangen, sodaß jetzt von den meisten Autoren die Schubertsche Operation als die Methode der Wahl angesehen wird.